

予 診 表

アルファ歯科クリニック

フリガナ		男	生年月日	(満	歳)
お名前		女	明・大・昭・平・令	年	月 日
ご住所	〒				
	電話番号		携帯番号		
勤務先	☎		E-mail アドレス		

※今後、予約確認のご連絡を行う予定ですので、E-mailのご記入もお願いします(携帯メール含む)。

当院をお知りになった理由は？	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介(ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 院前を通して <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介(病院/診療所名)
どうなさいましたか どこがお痛みですか 左上 上前 右上 左下 下前 右下	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯治療をしたい <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> かぶせがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯がこわれた/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 親知らずを抜いてほしい <input type="checkbox"/> その他()
いつからですか 痛み方は	<input type="checkbox"/> 痛みなし <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> なんとなく痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
新型コロナウイルス 感染関連	<input type="checkbox"/> 風邪の症状や37.5℃以上あるいは平熱+1℃以上の発熱が2日間以上続いている <input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある <input type="checkbox"/> 味覚(あじ)や嗅覚(におい)がよくわからなくなった <input type="checkbox"/> 海外渡航歴(過去14日間) <input type="checkbox"/> 国内流行地への移動歴(過去14日間) <input type="checkbox"/> いずれも該当なし
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃が弱い <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他() ※高血圧の方⇒ (普段) (本日) /
現在服用中の薬が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名) (薬品名)
現在タバコを	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日約 本)
アレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(ペニシリン系、ピリン系、麻酔、ぜんそく、花粉症、金属、ラテックス、その他)
麻酔の注射をしたことが 以前に歯をぬいたことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
前回歯科治療を 受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 当院で(年前)(治療内容) <input type="checkbox"/> 他院で(年前)(治療内容)
口腔機能について お答えください	<input type="checkbox"/> むせることがある <input type="checkbox"/> 食べこぼしがある <input type="checkbox"/> 硬い物がかみにくくなった <input type="checkbox"/> 飲み込むことがむずかしい (<input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> 固形物) <input type="checkbox"/> 飲み込みの問題が原因で体重が減ってきた
治療内容について ご希望があれば	<input type="checkbox"/> 痛い所、困っている所だけを治してほしい <input type="checkbox"/> すべて保険内の治療を希望 <input type="checkbox"/> 痛い所、困っている所だけでなく、全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 最適な治療説明を聞きたい
唾液検査について ご希望があれば	唾液検査(5分程度)であなたのお口の中の健康状態がわかり、一人ひとり異なる虫歯の原因や、予防方法を提案します。(費用:3,000円) <input type="checkbox"/> 受けたい <input type="checkbox"/> 受けたくない
予約についての ご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
前日に予約確認の連絡を差し上げてもよろしいですか?	<input type="checkbox"/> はい(自宅、携帯、メール) <input type="checkbox"/> いいえ

裏面に続きます

スマイル・チェックシート

アルファ歯科クリニック

1、あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は 本だと思う

2、あなたは80歳のときに、歯を何本残したいですか？

私は80歳の時に 本残したい

3、あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われますか？

はい いいえ

その理由は？

4、あなたは自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

5、口もとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて

鏡を見て 雑誌を読んで

6、いつ頃から気になり始めましたか？

数か月前から 2～3年前から 子供の頃から

7、あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石
 歯ぐきが赤い 腫れている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間
 歯並び
 かぶせたものの色 かぶせたものの形
 歯ぐきの色 歯ぐきの形

8、その他気になることやご希望がございましたらご記入ください。